

FACULTE DE MEDECINE

**Contribution à l'Etude
de l'Adénome
du fond de l'Utérus**

THÈSE

présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 7 Mai 1937

PAR

Fernand COUDERC

Né le 22 Juillet 1910 à Villeneuve-les-Maguelones (Hérault)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse

{ MM. LAPEYRE, Professeur, prési.
RICHE, Professeur.
AIMES, agrégé.
ROUX, agrégé.

{ *assesseurs*

MONTPELLIER

IMPRIMERIE MARI-LAVIT
1, Rue de Sauvages, 1

1937

**CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE L'ADÉNOME DU FOND DE L'UTÉRUS**



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE

Contribution à l'Etude de l'Adénome du fond de l'Utérus

THÈSE

présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 7 Mai 1937

PAR

Fernand COUDERC

Né le 22 Juillet 1919 à Villeneuve-les-Maguelones (Hérault).

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	MM. LAPEYRE, Professeur, prési. RICHE, Professeur. AIMES, agrégé. ROUX, agrégé.	}	assesseurs
---------------------------	---	--	---	------------

MONTPELLIER
IMPRIMERIE MARI-LAVIT
1, Rue de Sauvages, 1

1937

PERSONNEL DE LA FACULTE

Professeurs

Anatomie	MM. J. DELMAS
Histologie	TURCHINI
Physiologie	L. HEDON
Chimie biologique et médicale	CRISTOL
Physique médicale	PECH
Anatomie pathologique	GRYNFELT
Microbiologie	LISBONNE,
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC
Thérapeutique et matière médicale	BOUDET
Hydrologie thérapeutique et climatologie	PUECH
Hygiène	CARRIEU
Médecine légale et médecine sociale	GAUSSEL
Pathologie médicale et clinique propédeutique	GIRAUD
Clinique médicale	VIREN, ass.
Clinique chirurgicale	RIMBAUD
Clinique obstétricale	MASSABUAU
Clinique des maladies mentales et nerveuses	RICHE
Clin. des mal. des enfants et hyg. du premier âge	P. DELMAS
Clinique de dermatosyphiligraphie	EUZIERE, doyen
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	LEENHARDT
Clinique des maladies des voies urinaires	MARGARET
Clinique gynécologique	ETIENNE
Clinique ophtalmologique	JEANBRAU
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	LAPEYRE
Matière médicale (Ch. de c.)	VILLARD
Radiologie (Ch. de c.)	TERRACOL
Anatomie (Ch. de c.)	CABANNES
Histologie (Ch. de c.)	LAMARQUE
	LAUX
	GRANEL

Honorariat

Professeurs honoraires :

MM. RODET, TEDENAT, VALLOIS
FORGUE, ESTOR, BERTIN-SANS et GALAVIELLE

Chargés de Cours Complémentaires

Pathologie expérimentale	MM. PAGES
Pathologie externe	AIMES
Médecine opératoire	SOUBEIRAN, ag. libre.
Accouchements	COLL DE CARRER
Clinique phthisiologique	GAUSSEL, prof.
Clinique propédeutique médicale	BAUVEL
Clinique des maladies contagieuses	JANBON
Stomatologie	D ^r WATON

Agrégés en exercice

Chirurgie	MM. AIMES
	MOURGUE-MOLINES
	GUIBAL
	ROUX
Médecine	MM. BOULET
	PAGES
	JANBON
	BAUMEL
	VIDAL
	P. RIMBAUD
Obstétrique	COLL DE CARRERA
Bactériologie	CARRERE
Ophtalmologie	DEJEAN

Examineurs de la Thèse

MM. LAPEYRE, Prof. président.
RICHE, Professeur.

MM. AIMES, Agrégé
ROUX, agrégé

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation



A LA MEMOIRE TOUJOURS VIVANTE
DE MON PERE

*Faible témoignage de mon infinie
reconnaissance et de ma profonde
affection.*

A MA MERE

*En témoignage de mon amour
filial et de ma gratitude infinie.
pour sa tendresse et son inaltérable
dévouement.*

A MA FIANCEE

*En témoignage de mon profond
amour.*

A LA MEMOIRE DE MES GRANDS PARENTS
A MON GRAND-PERE

*Je n'oublierai jamais tout ce
qu'il a fait pour moi.*

A MA SŒUR ET A MON BEAU-FRERE

A MON FRERE

A MA TANTE

A MES BEAUX-PARENTS

MEIS ET AMICIS

A MON PRESIDENT DE THESE
MONSIEUR LE PROFESSEUR LAPEYRE

PROFESSEUR DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Hommage de profonde reconnaissance pour le grand honneur qu'il nous fait de bien vouloir présider cette thèse.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR RICHE

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Bien respectueux hommage.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGÉ AIMES

Respectueux hommage.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGÉ ROUX

Hommage de reconnaissance.

Avant-Propos

Au cours de nos années d'étude médicale, il nous est arrivé souvent de songer à cette thèse inaugurale, non pas seulement pour la petite et modeste collaboration qu'elle pourrait, le cas échéant, apporter à la science, mais tout simplement pour l'occasion unique qu'elle nous offrait de prouver à nos Maîtres, à la fois notre reconnaissance et le prix que nous attachions à leur enseignement.

Nous ne songons pas à nous faire une place dans telle ou telle spécialité, nous désirons tout simplement être digne de ce titre de Médecin qui nous tente plus par la noblesse de ses devoirs que par la promesse parfois illusoire de ses droits.

Aujourd'hui, arrivé au terme de notre scolarité, c'est pour nous un agréable devoir d'adresser à tous nos Maîtres de la Faculté de Médecine de Montpellier, l'expression de notre vive reconnaissance.

Nous remercions tout particulièrement M. le Professeur Lapeyre qui nous a inspiré notre sujet de thèse. Nous avons eu l'occasion de l'approcher dans son service de l'Hôpital Suburbain et nous avons gardé le meilleur souvenir de l'enseignement clair et vivant qu'il nous a donné pendant le semestre que nous avons passé près de lui.

Nous sommes infiniment flatté de l'honneur qu'il nous a fait en voulant bien présider notre jury de thèse. Nous le prions de bien vouloir croire au sincère témoignage de notre profonde gratitude et de notre respectueuse reconnaissance.

Nous remercions également M. le Professeur Riche; il fut pour nous un Maître bienveillant, et, par les conseils éclairés qu'il ne cessa de nous prodiguer au cours de son enseignement, contribua pour une large part à notre formation professionnelle; qu'il trouve ici l'expression de notre fidèle reconnaissance.

Nous remercions aussi M. le Professeur agrégé Aimes, qu'il veuille recevoir ici l'hommage de notre respectueuse reconnaissance.

Nous remercions enfin M. le Professeur agrégé Roux, qu'il veuille croire à toute notre reconnaissance.

Introduction

Les adénomes de l'utérus sont des formations tumorales bénignes qui se développent aux dépens de l'épithélium cylindrique de la muqueuse du corps de l'utérus.

Ces tumeurs sont caractérisées par une prolifération surabondante d'éléments cellulaires sans perturbation de l'architecture générale du tissu et de l'architecture cellulaire, tumeurs constituées par des éléments cylindriques organisés en cavités glandulaires.

La littérature médicale ne rapporte qu'un très petit nombre de descriptions de ces adénomes de l'utérus. Cela tient à ce que cette forme d'adénome est une affection relativement rare et qu'elle a été confondue soit avec les adénomes malins, selon l'expression des auteurs allemands ou cancers cylindriques comme on les appelle habituellement en France, soit avec les métrites adénomateuses.

L'adénome du corps de l'utérus a été signalé par Lohlein en 1889, et décrit pour la première fois par Meyer en 1901, puis par Schutze, en 1907.

Gorizoutoff, en 1901 en a donné une étude d'ensemble. En 1921, Kano Moukayé, dans *Gynécologie et Obstétrique*,

relate le cas d'un utérus atteint d'adénome diffus de la muqueuse utérine chez une femme de 43 ans.

Dans le courant de la même année, le 29 avril, Vitrac présente à la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux, un cas d'adénome papillaire diffus et végétant de la muqueuse utérine.

En 1926, dans sa thèse de Paris, Mlle Colombani, s'inspirant de la publication de Moukayé au point de vue histologique, rapporte sept observations recueillies dans le service du Professeur J.-L. Faure.

Le 27 mars 1931, le Professeur Riche et ses collaborateurs, présentent, à la Société des Sciences médicales et biologiques de Montpellier, un cas d'adénome diffus du corps de l'utérus.

Le 11 janvier 1936, notre Maître, le Professeur Lapeyre, publie dans le *Paris Médical*, deux belles observations d'adénomes du corps de l'utérus localisés au fond de l'organe. Observations qu'il a bien voulu mettre à notre disposition et que nous rapportons dans notre travail.

Observations

OBSERVATION I

Mme C..., 56 ans, entre dans le service de la clinique gynécologique le 21 mai 1935 pour des métrorragies. Il s'agit d'une femme hémiplégique depuis l'âge de 42 ans, dont l'histoire clinique est assez banale.

Réglée à 13 ans et ayant présenté par la suite des règles régulières, assez abondantes durant cinq à six jours, revenant toutes les quatre semaines, elle a eu trois grossesses, dont deux se sont terminées à terme par des accouchements normaux, l'autre ayant été interrompue à ses débuts par une fausse couche.

A 53 ans, en 1932, après une ultime ménorrhagie ayant duré dix-neuf jours, la ménopause s'est installée et, pendant près de trois ans, cette femme n'a présenté aucune perte, aucune douleur dans la sphère génitale.

Depuis cinq mois, à partir de décembre 1934, des pertes rouges ont apparu, peu abondantes, intermittentes, parfois rosées, le plus souvent franchement sanglantes : pertes indolores, sans caillots, sans leucorrhée intercurrente. Quelques douleurs lombaires espacées, pollakiurie diurne et surtout nocturne.

A l'examen, le toucher révèle un vagin étroit, lisse, sénile, à culs-de-sac atrophiés, présentant un rétrécissement annulaire un peu au-dessous du col. C'est à travers ce diaphragme que le doigt perçoit le col qui est petit, régulier et de consistance élastique. Le corps utérin, de volume normal, n'est pas déformé; il est mobile et indolore. Les annexes ne sont pas perçues. L'exploration ne fait pas saigner.

Une hystérographie est pratiquée le 4 juin. Elle montre sur les clichés de face, une légère déformation du bord droit de la cavité utérine; mais, aucune épreuve de profil n'ayant pu être réalisée par suite de l'état de contracture hémiplegique de la malade, nous jugeons l'exploration incomplète et décidons de recourir à un curettage: il est réalisé, le 14 juin, sous anesthésie générale et les débris envoyés au laboratoire d'anatomie pathologique (Professeur Grynfeldt).

Examen histologique (Docteur Guibert)

« L'examen histologique des débris utérins envoyés, montre que l'on a affaire à une hyperplasie considérable des tubes glandulaires avec bourgeonnement endocanaliculaire intense de l'épithélium de revêtement, formation de pseudo-cavités glandulaires à ses dépens et très grande activité amitotique. La multiplication désordonnée des tubes glandulaires est telle que le stroma conjonctivo-vasculaire interglandulaire fait presque complètement défaut. A noter toutefois que les membranes vitrées sont partout nettement différenciées.

Ces faits réalisent assez exactement l'aspect histologique de l'adénomatose diffuse, mais il est probable qu'il s'agit d'un état précancéreux. »

La crainte d'une lésion précancéreuse nous décide à intervenir.

Après avoir soumis la malade à un traitement destiné à réduire l'azotémie qui est un peu forte (0,45), nous procédons, le 26 juin, à une hystérectomie totale, sous anesthésie générale à l'éther. Intervention régulière, sans incidents. Suites opératoires troublées par des accidents urémiques qui cèdent en quatre ou cinq jours, l'azotémie ayant atteint 1 gr. 80 le 30 juin.

Pièce opératoire

1. Examen macroscopique:

L'utérus n'est pas augmenté de volume et ne présente aucune modification de sa surface, dont la coloration est rosée. Les trompes sont normales, régulières, à parois souples, sans lésions du pavillon qui est perméable. Les ovaires sont de couleur blanchâtre et très atrophiés: ils atteignent à peine le volume d'un haricot et sont de consistance pierreuse.

L'utérus est fendu sur le milieu de sa face postérieure et deux coups de ciseaux donnés latéralement vers l'origine de trompes, permettent d'exposer entièrement la cavité utérine. On voit alors qu'il existe sur la face antérieure, au voisinage du fond, une zone ovalaire, de 25 millimètres de haut sur 20 millimètres de large, où la muqueuse est considérablement modifiée. A ce niveau, la muqueuse très épaissie et saillante forme comme une sorte de tumeur sessile étalée, surélevée de 7 à 8 millimètres sur les zones voisines et séparées d'elles par une ligne de démarcation nette. La surface de cette saillie est finement mamelonnée, d'aspect papillomateux. Elle est douce et molle au toucher, et on ne perçoit aucune induration de sa base. Par ailleurs, la muqueuse a un aspect des plus normaux, sans la moindre végétation irrégulière.

2. *Examen microscopique:*

L'examen histologique a porté sur un large fragment utérin intéressant toute l'épaisseur de l'organe, depuis l'endomètre jusqu'au péritoine.

Au niveau de l'endomètre, on retrouve les mêmes signes d'hyperplasie glandulaire que nous avons notés au cours de l'analyse microscopique des débris obtenus par curettage. En effet, les tubes glandulaires sont tortueux à l'extrême, accolés souvent les uns aux autres, de telle façon que le stroma conjonctivo-vasculaire les sépare rarement, enfin leur épithélium de revêtement présente des végétations endo-canaliculaires obstruant plus ou moins la lumière centrale. A noter que les pseudo-cavités sont mal différenciées, contrairement à ce que l'on avait constaté lors du curettage. Les membranes vitrées sont partout bien apparentes et on n'observe pas de forme cellulaire atypique ou monstreuse.

Au niveau des premiers faisceaux du myomètre, on n'observe pas d'images de pénétration de la part des tubes glandulaires; absence aussi d'éléments réactionnels. L'examen de la pièce opératoire infirme l'hypothèse de malignité possible, formulée après le curettage: il s'agit d'une néoplasie bénigne.

OBSERVATION II

Mme A..., 60 ans, entre à la clinique gynécologique pour pertes rosées, le 24 j uin 1935.

Réglée à 12 ans: règles régulières tous les 28 jours, durant trois ou quatre jours, peu abondantes et non douloureuses. Deux grossesses à 18 et 21 ans, terminées à terme par des accouchements normaux; pas de fausse couche.

Ménopause à 50 ans, précédée d'hyperménorrhée pendant quelques mois.

Pendant dix ans, aucune perte par les voies génitales. Depuis deux à trois mois, la malade présente des pertes peu abondantes, soit jaunâtres, soit rosées ou roussâtres, apparaissant irrégulièrement et légèrement irritantes.

A l'examen gynécologique, nous notons: col régulier, petit, sans déchirures, au fond d'un vagin lisse, étroit, aux culs-de-sac atrophiés. On devine le corps plutôt qu'on ne le sent, à cause de la forme en entonnoir du vagin qui bloque les doigts, il ne paraît pas augmenté de volume. Hystérométrie: 6,5.

L'hystéroggraphie est pratiquée le 28 juin: elle montre une image lacunaire dentelée occupant la moitié droite du fond utérin.

Sur la constatation de cette image, nous portons le diagnostic de cancer du corps et nous jugeons inutile de recourir à un curettage: l'intervention s'impose. Elle est pratiquée le 4 juillet, sous rachianesthésie. Hystérectomie abdominale totale sans incidents. Suites opératoires très simples.

Pièce opératoire

1. Examen macroscopique:

L'utérus n'est pas augmenté de volume, mais il est un peu asymétrique, la corne droite paraissant plus saillante que la gauche. Les trompes sont normales et perméables, les ovaires scléreux du volume d'une grosse cerise.

A l'ouverture de la cavité utérine, on trouve dans le fond utérin, occupant sa moitié droite, une saillie mamelonnée papillomateuse, de 3 centimètres de diamètre transversal sur 2 cm. 5 de diamètre antéro-postérieur, ayant l'aspect d'un épithélioma bourgeonnant. Cependant, il y

manque la dureté friable des bourgeons néoplasiques, car le doigt promené à la surface des végétations les trouve assez souples.

2. *Examen microscopique* (Docteur Guibert):

L'examen histologique a porté sur la totalité du fragment utérin envoyé au laboratoire.

A un faible grossissement on est frappé par l'hyperplasie, véritablement géante, de la muqueuse. En effet, on y voit un « entrelacs » (selon la formule de P. Masson) remarquable de tubes ramifiés à l'extrême et ne laissant entre eux, pour ainsi dire, pas de place pour le stroma conjonctivo-vasculaire de l'endomètre : très souvent, la vitrée d'un tube n'est séparée de la vitrée d'un tube voisin que par une ou deux fibrilles collagènes munies de leurs fibroblastes et que l'on ne peut distinguer du reste qu'à un fort grossissement.

Dans ces conditions, on remarque que les tubes glandulaires, qui se touchent presque, présentent un épithélium de revêtement d'une régularité très grande; il est formé de cellules cylindriques hautes, parfois ciliées, qui prolifèrent activement suivant le mode amniotique à l'intérieur de la lumière du tube glandulaire. Ces poussées épithéliales endo-canaliculaires marchant de pair avec une poussée synchrone de la membrane vitrée; il en résulte que l'on a affaire à des végétations papilliformes plus ou moins arborescentes. On ne constate ni monstruosité nucléaire, ni figure de caryokinèse atypique; par contre, il convient de signaler un fait histologique important, c'est la formation de pseudo-lumières glandulaires à l'intérieur même des tubes, aux dépens des végétations épithéliales qui les obstruent plus ou moins; l'histologiste possède là un indice d'une grande valeur diagnostique et pronostique: ces pseudo-cavités endo-canaliculaires

sont, en effet, considérées par de nombreux auteurs et en particulier par P. Masson, comme la signature histologique d'un état précancéreux.

Au niveau des premiers faisceaux du myomètre, l'hyperplasie glandulaire ne se ralentit pas: on y voit en effet que, contrairement à la normale, les tubes glandulaires, toujours aussi tortueux et ramifiés à l'extrême qu'en surface, s'insinuent à travers les faisceaux musculaires. Mais aussi, c'est dans cette zone que les cellules épithéliales de revêtement des tubes perdent de leur régularité, deviennent hyperchromatiques et présentent parfois des figures de caryokinèse atypiques.

En outre, les vitrées sont moins nettement différenciées et, tout à fait à leur contact, du côté du myomètre, se trouve une infiltration très dense de lymphocytes et de plasmocytes réactionnels.

Cette pénétration intramurale de tubes glandulaires dont la tendance vers l'atypisme est manifeste, est un autre signe histologique de grande importance en faveur du diagnostic d'adénome précancéreux.

Il faut bien noter toutefois qu'il n'y a aucun signe d'essaimage cellulaire proprement dit: les éléments épithéliaux, qui ont beaucoup perdu de leur typisme, reposent toujours sur une membrane vitrée assez nettement différenciée. Et puis, l'infiltration du myomètre ne s'étend pas très profondément et, en tout cas, s'effectue suivant un front assez régulier et non éminemment désordonné comme dans le cancer.

Enfin, et *a fortiori*, on n'observe aucune trace de pénétration cellulaire dans les vaisseaux sanguins ou lymphatiques.

Anatomie Pathologique

Etude macroscopique de l'adénome du fond de l'utérus

L'utérus adénomateux n'est pas augmenté de volume et ne présente aucune modification de sa surface extérieure. Les trompes sont normales et perméables, les ovaires sont le plus souvent atrophiés ou scléreux.

A l'ouverture de la cavité utérine, on trouve le plus souvent une zone arrondie, localisée au fond de l'organe de 2 à 3 centimètres de diamètre transversal où la muqueuse est considérablement modifiée. La muqueuse, très épaissie et saillante forme une sorte de tumeur sessile étalée, surélevée de plusieurs millimètres. La surface de cette saillie est finement mamelonnée, d'aspect papillomateux. Elle est douce au toucher et on ne perçoit aucune induration de sa base.

Avant de faire l'étude histologique de l'adénome, nous rappelons brièvement l'histologie de la muqueuse utérine normale, car c'est des trois tuniques de l'utérus, celle qui nous intéresse le plus.

Très intimément unie à la couche musculaire, cette tunique muqueuse de deux millimètres d'épaisseur est formée au niveau du corps de l'utérus par un épithélium simple cilié à hautes cellules cylindriques. Cet épithélium, en de nombreux points, forme des prolongements en doigt de gant qui pénètrent dans la profondeur de la muqueuse. Les cellules tapissant ces dépressions sont de même nature que les cellules épithéliales primitives. Il ne s'agit donc pas de glandes à cellules actives, avec un protoplasme dense, finement granuleux, mais simplement d'invaginations de la muqueuse, c'est-à-dire de dépressions glanduliformes de l'ordre de 120 μ . de large.

Le chorion muqueux très abondant est formé presque uniquement par des cellules conjonctives jeunes très nombreuses, cellules fixes et histiocytes, qu'il ne faudrait pas prendre pour l'indice d'un état pathologique.

Pour être complet dans le rappel de la structure utérine, ajoutons que l'épithélium cylindrique du corps devient polyédrique au niveau de la portion cervo-cervicale et pavimenteux stratifié au niveau de la partie vaginale de l'utérus, de plus les culs-de-sac glandulaires sont plus rares mais plus développés, pouvant arriver à constituer de véritables kystes muqueux ou muco-purulents appelés œufs de Naboth, formations dérivant de l'oblitération inflammatoire de l'orifice des cryptes glandulaires.

Etude histologique de l'adénome du fond utérin

C'est aux dépens de la tunique muqueuse à épithélium cylindrique que se développe l'adénome du fond de l'utérus.

Macroscopiquement, l'adénome se présente avec une muqueuse énormément épaissie atteignant parfois 2 cen-

timètres, rouge violacée, fongueuse, avec des végétations multiples, d'inégal volume, non friables comme des végétations néoplasiques mais plutôt de consistance élastique.

Dans l'observation de M. le Professeur Riche, reprise dans la thèse de Guillaumon, l'épaisseur de la muqueuse atteignait 2 centimètres; dans celle de Vitrac, « la muqueuse d'une épaisseur très inégale était hérissée de végétations papilliformes »; dans celle de Moukayé, « la muqueuse présentait un épaissement remarquable avec une série de plis circonvolutionnés ».

Microscopiquement, cette tumeur de la muqueuse cylindrique se montre constituée par des tubes glandulaires à trajets irréguliers, sinueux, à lumière souvent ectasiée, parfois kystiques. Ces tubes sont tapissés par des cellules cylindriques ou cylindro-cubiques dont beaucoup ont perdu toutes les apparences des cellules glandulaires. Ce sont des éléments à structure simplifiée, à noyau basal relativement volumineux, arrondi ou ovoïde et à protoplasma plus ou moins clair, finement granuleux et plus basophile que normalement. Ces cellules glandulaires manifestent plus rarement, la conservation de leurs aptitudes sécrétrices par la production abondante de mucus.

Le processus prolifératif intéresse non seulement les éléments glandulaires, mais également le stroma conjonctif. Cette prolifération est très inégale, par endroit elle constitue autour de chaque tube glandulaire une sorte de gaine fibroïde avec des fibres collagènes, en général assez fines et constituant un feutrage assez lâche. Dans ces mailles on trouve de nombreux corps cellulaires: fibroblastes proliférés ou monocytes plus ou moins évolués parmi lesquels d'assez nombreux lymphocytes. En un mot ce stroma conjonctif présente manifestement des signes d'une réaction inflammatoire chronique discrète. Tout au contraire ailleurs, ce même stroma conjonctif est excessivement réduit à une simple lame de séparation entre les

tubes glandulaires, comme étouffé dans son développement par le très grand nombre de ces tubes glandulaires néoformés, contigus et dilatés. En ces points les éléments réactionnels ou inflammatoires font défaut.

L'adénome est donc une tumeur se traduisant par un processus hyperplasique auquel tous les éléments de la muqueuse utérine participent. Tumeur bénigne, dont la bénignité se traduit par l'absence de toute invasion destructrice et l'existence d'une ligne de démarcation très nette entre les couches profondes de la muqueuse et les faisceaux musculaires du myomètre qui n'est, nulle part, en effet, pénétré par les glandes hyperplasiées. On ne constate d'ailleurs, au niveau du myomètre que des lésions de fibromatose diffuse par « collagénisation » des fibrilles contractiles, au sens de Grynfeldt.

Cette formation tumorale s'accroît en refoulant et en comprimant les tissus sains environnants sans les envahir, sinon c'est la transformation maligne de l'adénome.

Pathogénie

En partant des observations de Fritsch qui a rencontré des endométrites *post-abortionum* avec production adénomateuse importante, Kano Moukayé a pensé que cette transformation de la muqueuse cylindrique de l'utérus en adénome, est de type déciduale se produisant sous l'influence d'excitants de même ordre que ceux qui provoquent la transformation déciduale de la grossesse.

Mais quels sont les excitants qui produisent la transformation déciduale de la grossesse? Ils sont, certes, mal connus. Le fait de la production adénomateuse au cours de la grossesse extra-utérine élimine l'action directe du placenta. Il s'agit d'après Kano Moukayé d'une action à distance qui semble devoir être probablement rapportée au corps jaune ou tout au moins à l'ovaire. En effet, la transformation indiquée au moment de la menstruation ne fait qu'activer son développement pendant la grossesse. Dans le cas où la muqueuse est atteinte toute entière par le processus adénomateux, il serait légitime encore d'invoquer l'influence d'une cause générale, sinon identique à celle qui produit la transformation déciduale, du moins du même ordre. Rien ne prouve de façon cer-

taine que ce soit le corps jaune seul qui ait une action dans le processus de transformation déciduale et que les substances, d'ailleurs inconnues, qui agissent sur les glandes, ne puissent se produire après la ménopause.

Il ne faut pas oublier que plusieurs examens histologiques de ces tumeurs ont été négatifs quand aux caractères de transformation déciduale de la muqueuse utérine. La théorie déciduale de Kano Moukayé ne saurait donc être étendue à tous les cas d'adénomes bénins du corps utérin.

Les éléments épithéliaux glandulaires constituant ces tumeurs adénomateuses auraient, d'après Réklinghausen, une origine congénitale et se formeraient aux dépens des restes du corps de Wolff.

Cet auteur se base sur les arguments suivants :

a) Le siège prépondérant de ces tumeurs au niveau des cornes utérines ;

b) La disposition pectiniforme des tubes épithéliaux qui rappelle celle du corps de Wolff ; ces tubes peuvent même présenter sur leur trajet des ampoules au fond desquelles s'élèvent de petits corpuscules sessiles ou pédiculés, morphologiquement comparables à des glomérules ;

c) L'absence de communication entre les tubes néoplasiques et les glandes de la muqueuse utérine.

Meyer, par de longues études embryologiques, a établi que l'hypothèse Wolffienne n'est fondée que sur quelques faits très rares.

Cullet, Violet et Michon admettent que la genèse de ces tumeurs adénomateuses serait liée à un processus inflammatoire métritique. Si l'inflammation peut favoriser l'apparition des tumeurs bénignes des muqueuses cylindriques, il est certain qu'elle n'existe pas toujours.

Meyer et Ritaï pensent que ces tumeurs adénomateuses du corps utérin seraient dues à une hyperplasie et une

hyper-régénération glandulaire de la couche basale de la muqueuse utérine, sous l'influence d'accouchements répétés, de fausses couches; l'inflammation en serait l'origine. La régénération de cette couche basale qui physiologiquement se produit à chaque époque menstruelle et qui est surtout accusée dans la période qui précède la ménopause, deviendrait ici exagérée, pathologique.

Mais comment alors expliquer la genèse de ces tumeurs chez des femmes sans passé gynécologique?

Soyons modestes et avouons que la cause réelle de la transformation adénomateuse de la muqueuse cylindrique du corps utérin nous échappe encore complètement, comme d'ailleurs celle de l'adénome du sein et de toutes les néoplasies épithéliales bénignes ou malignes.

Cependant, on peut toutefois se demander si l'adénome ne représente pas une sorte de lésion précancéreuse dont l'épithélioma serait l'aboutissant assez fréquent. Ce caractère serait de nature à faire remettre en discussion l'existence même de l'adénome comme entité néoplasique pour ceux qui, admettant que la transformation d'un adénome en cancer est exceptionnelle, considèrent que « ce qui est l'état précancéreux véritable, c'est le processus inflammatoire chronique », mais non pour le clinicien, qui assiste fréquemment à la transformation maligne de néoplasies restées longtemps bénignes et a l'habitude de traiter plus radicalement les néoplasmes bénins que les inflammations chroniques.

Etude Clinique

Le début de cette affection est insidieux. Si certaines malades ont signalé des troubles fonctionnels communs à toutes les maladies des organes génitaux internes, la plus grande majorité ne signalent que des malaises très légers et souvent **inconstants**.

A ces signes si difficilement définis par les malades s'ajoutent des signes subjectifs plus évidents se caractérisant, au début, par quelques pertes et quelques douleurs extrêmement vagues. Ce n'est généralement qu'à la phase d'état que la malade vient consulter.

Le gros symptôme de l'adénome du fond de l'utérus, c'est l'hémorragie utérine survenant sans cause apparente chez des femmes arrivant à la fin de leur période d'activité génitale ou ménopausées depuis longtemps. C'est la première manifestation clinique d'une lésion adénomateuse pouvant exister depuis un temps variable. Ces pertes de sang apparaissent progressivement, plus rarement leur apparition est brusque. L'hémorragie ne s'accompagne d'aucune douleur, elle constitue le seul symptôme fonctionnel. Généralement elle se présente sous forme de métrorragie, elle est souvent très abondante,

avec parfois expulsion de caillots, mais parfois aussi, il s'agit seulement de pertes rosées. La durée de ces hémorragies est très variable. On ne trouve pas le plus souvent dans les antécédents, la cause de l'hémorragie : ni fausse couche, ni infections, pas de maladies générales, pas de syphilis.

L'examen clinique de la malade ne montre pas des modifications très sensibles de l'utérus et des annexes.

La palpation ne révèle rien, le toucher révèle le plus souvent un vagin étroit, lisse, à culs-de-sac atrophiés. Le doigt explorateur perçoit un col petit et régulier. La palpation et le toucher combiné mettent en évidence un utérus très peu augmenté de volume à surface régulière, sans bosselures; utérus non déformé, mobile, indolore. Les annexes ne sont pas perçues. L'exploration ne fait pas saigner.

L'hystérométrie donne quelquefois la sensation de multiples irrégularités endo-utérines.

Devant l'absence de lésions perceptibles à l'exploration clinique seule, force sera de recourir à l'hystérographie et au curettage biopsique.

Diagnostic

Que doit penser le clinicien en présence de ce seul symptôme, la métrorragie, après avoir éliminé la possibilité d'une fausse couche chez une femme jeune et en période d'activité génitale, par la recherche de tous les signes de la grossesse. Envisageons les affections hémorragipares communes aux femmes réglées et ménopausées.

Est-ce un fibrome sous-muqueux? Diagnostic difficile. Les hémorragies plus souvent répétées, les douleurs plus accrues, les pertes blanches plus abondantes, l'allongement de la cavité utérine; la forme de l'utérus plus irrégulière, bosselée, de consistance ferme, caractéristique des formations fibromateuses plaident en faveur du fibrome utérin.

Est-ce un cancer du corps? Là le diagnostic différentiel est quasi-impossible à faire par la clinique seule. Le tableau clinique de l'adénome du corps est le même que celui du cancer du corps. Néanmoins, les métrorragies des adénomes diffèrent des hémorragies cancéreuses bien faiblement il est vrai. Ce sont habituellement de grandes pertes de sang dès le début et non les suintements sanguins du cancer. L'intermittence des hémorragies, sans

aucune perte de sang dans l'intervalle, peut faire penser plutôt à un adénome.

Est-ce une métrite hyperplasique? Diagnostic impossible à faire par la clinique. La différence d'épaisseur de l'endomètre plus importante dans un adénome et surtout au point de vue histopathologique, l'existence d'éléments lympho-histiocytaires réactionnels extrêmement réduits dans l'adénome, alors qu'ils jouent souvent un rôle de la plus haute importance diagnostique dans les processus métritiques d'origine nettement inflammatoire, permettent seulement de trancher le diagnostic.

L'hystérographie devra toujours être faite quand le diagnostic ne s'impose pas par l'examen clinique; elle est un complément indispensable.

Que peut-on en attendre? L'adénome ne peut donner une image pathognomonique.

Dans les formes localisées, il traduit sa présence par l'apparition sur l'ombre de la cavité utérine d'une image lacunaire à contours réguliers, s'il s'agit d'un adénome pédiculé, à contours irréguliers, déchiquetés, s'il s'agit d'une forme végétante sessile.

Dans les formes diffuses, la cavité utérine agrandie offrira des irrégularités de contour sur ses bords et son fond, qui semblent déchiquetés, avec formation parfois dans la zone où la prolifération est plus importante d'une véritable lacune.

Ces aspects radiologiques de la cavité utérine sont aussi ceux des polypes, des cancers, de certaines métrites hyperplasiques. Ils traduisent seulement l'existence d'une prolifération de la muqueuse dont ils restent, par contre, impuissants à déceler la nature.

Cependant, l'étude minutieuse des images lacunaires peut permettre quelquefois un diagnostic différentiel. Une image à contours relativement réguliers est en faveur

d'un polype fibreux intra-utérin. Une image de la cavité utérine, dont tous les contours sont déchiquetés pourrait faire soupçonner l'adénome, le cancer donnant une image lacunaire plus importante, mais plus localisée, cependant dans les adénomes du fond de l'utérus, la déformation est aussi partielle, rendant le diagnostic extrêmement difficile.

Le grand intérêt de l'hystérographie, c'est son rôle localisateur de la formation tumorale intra-utérine, permettant de faire un prélèvement à la curette dans la région hyperplasiée de la muqueuse utérine.

L'examen histologique d'un fragment de muqueuse, donne des renseignements décisifs. Le cancer cylindrique, la métrite banale sont facilement identifiés. Les difficultés apparaissent pour distinguer l'adénome des hyperplasies inflammatoires, dans lesquelles cependant les tubes proliférés sont moins voisins les uns des autres et séparés par des travées plus larges de tissu conjonctif, infiltré de nombreux lymphocytes et plasmocytes. Et elles deviennent considérables lorsqu'il s'agit d'affirmer la bénignité de l'adénome ou sa tendance à la malignité, car bien souvent les débris retirés par le curettage sont ou trop petits ou trop superficiellement prélevés pour permettre un examen approfondi. De sorte que, bien souvent aussi, les interprétations histologiques comporteront une certaine réserve et ne pourront donner au chirurgien, le critérium dont il a besoin pour poser les indications opératoires.

Evolution et Pronostic

L'adénome, tumeur bénigne de l'utérus, peut-il se transformer en cancer, tumeur maligne? *A priori*, on peut envisager la possibilité de cette transformation.

En effet, les cellules du chorion sont en voie de prolifération anormale et d'autre part l'épithélium, en état lui aussi d'hyperplasie a des tendances à devenir atypique.

L'hypertrophie et l'hyperplasie extrêmes de la muqueuse utérine, considérée dans l'observation n° II, représentent, du point de vue histologique strict, un processus d'adénomatosé pré-cancéreuse. L'étendue assez considérable du fragment examiné a permis de relever des signes suffisants pour porter ce diagnostic; à savoir:

a) Une activité amniotique très grande, avec bourgeonnement endotubulaire considérable avec formations de pseudo-cavités en surface de l'endomètre;

b) Une pénétration anormale des tubes glandulaires avec un début d'atypisme cellulaire et une stroma-réaction intense, qui paraît précéder le processus hyperplasique glandulaire.

Dans la première observation, on ne peut pas contester le caractère tumoral de la prolifération glandulaire. La

ligne de démarcation très nette qui séparait la néoformation de la muqueuse voisine ne peut laisser aucun doute sur l'autonomie de cette formation.

Dans la seconde observation, dans certaines zones, l'adénome s'est cancérisé; il a pris le type malin, il a abouti à l'épithélioma cylindrique adénoïde de P. Masson. Mais, dans d'autres, l'aspect histologique est tellement superposable à celui de l'adénome de la première observation qu'on a l'impression de se trouver en présence d'une même lésion, vue à des stades différents mais successifs de son évolution. L'adénome ne représenterait alors qu'une sorte de lésion pré-cancéreuse, dont l'épithélioma serait l'aboutissant sinon nécessaire, mais, pour le moins assez fréquent.

Ne serait-il pas possible de reconnaître à certaines particularités histologiques, les adénomes destinés à rester bénins ou à évoluer vers la malignité?

P. Masson a signalé la difficulté du problème et l'impossibilité de le résoudre, si les fragments examinés ne sont pas assez volumineux. Il considère comme signe indiscutable de malignité la présence dans la néoplasie de « tubes prenant l'aspect d'une travée plus ou moins large creusée de lacunes capricieuses autour desquelles les cellules sont disposées radiairement ».

Pour Moukayé, l'ectasie des tubes glandulaires, l'aplatissement de l'épithélium qui deviendrait cubique, la sécrétion de mucus seraient des caractères de bénignité.

Pour Mlle Colombani, le type des glandes en prolifération permettrait d'augurer de l'évolution de l'adénome: glandes du type de la période pré-menstruelle, évolution vers l'adénome malin; glandes du type de la période post-menstruelle, évolution bénigne.

Le pronostic dépend des caractères histologiques de la tumeur, bénin si la lésion se présente à l'état d'adénome

pur, c'est-à-dire indemne de toute végétation glandulaire anormale d'un autre type, avec, bien entendu, intégrité absolue du myomètre; sérieux si la tumeur présente un début d'atypisme cellulaire.

Le diagnostic cytologique de la tumeur dirige et commande le traitement. Dans tous les cas, il faut intervenir à cause des métrorragies, qui, si on leur laisse libre cours, finissent par anémier ces malades d'une façon inquiétante.

Traitement

Le traitement de l'adénome du fond du corps utérin est un traitement essentiellement chirurgical.

On pratique d'abord avant toute intervention, un prélèvement à la curette pour faire une biopsie après qu'une hystérographie a montré le siège de la formation tumorale.

Plusieurs cas sont alors à considérer: Après examen histologique de la tumeur on se trouve en présence d'un adénome pur sans dégénérescence. On pratiquera alors un curettage soigneux et bien conduit qui doit être suffisant pour extirper la lésion qui n'est en somme que superficielle puisqu'elle n'intéresse pas le myomètre. Si cependant après le curettage, les métrorragies persistaient, chez la femme jeune, faire une application intra-utérine de radium; non pour agir sur les cellules adénomateuses, mais sur l'état vasculaire de l'utérus et les cellules ovariennes, application qui détermine l'arrêt des hémorragies.

La castration ovarienne sèche par les rayons X donne aussi les mêmes résultats.

Mais il est souvent difficile, même avec l'aide de l'hystérographie et de la biopsie, d'affirmer que la proli-

fération adénomateuse est restée purement bénigne et qu'elle n'évolue pas en quelque point vers la malignité, cette transformation paraissant être assez fréquente. De plus, même dans les cas d'adénomes bénins purs, les culs-de-sac glanduliformes peuvent pénétrer les couches superficielles du myomètre, échapper à la curette, et devenir l'amorce de récédive.

Le curettage ne peut donc être retenu comme moyen thérapeutique radical, puisque dans l'hypothèse la plus favorable, celle d'adénome pur, il peut laisser dans le myomètre la partie profonde de la néoformation glandulaire, qui continuera à proliférer. C'est donc à l'hystérectomie qu'il faudra recourir car, seule, elle peut parer à toutes les éventualités. Ce n'est qu'en cas de contre-indications tirées d'un état général très mauvais qu'il faudrait se contenter du curettage, si l'examen histologique ne laissait aucun doute sur la bénignité de la lésion. Cette hystérectomie sera de préférence totale, quoique la lésion n'empiète pas sur le col même dans les formes diffuses et exécutée par voie vaginale, moins choquante, ou abdominale, selon les cas.

Conclusion

I. — L'adénome du fond de l'utérus est une production hyperplasique bénigne, localisée, d'origine glandulaire dont l'épithélium cylindrique de la muqueuse utérine est le siège.

II. — Malgré certaines théories histogéniques, les causes de cette néoplasie restent inconnues.

III. — La symptomatologie se réduit à un seul symptôme: la métrorragie survenant sans cause apparente chez des femmes souvent ménopausées.

L'exploration clinique montre le plus souvent un utérus normal.

IV. — Le diagnostic est difficile à établir. Il faudra s'aider de l'hystérogaphie et de la biopsie pour éliminer les polypes, les métrites hyperplasiques et surtout les cancers du corps.

V. — Le pronostic comporte certaines réserves étant donné les possibilités d'évolution de l'adénome vers l'épithélioma.

VI. — Le traitement est d'ordre chirurgical. L'hystérectomie totale sera le plus souvent pratiquée. Ce n'est qu'en cas de contre-indications générales, la bénignité de la lésion étant formellement reconnue par l'examen histologique, qu'on pourra se contenter du curettage.

Bibliographie

- AHUMADA. — Adénomiosis, adénomioma y adenocarcinoma del cuerpo del útero. *Bol. Soc. de Cirug. de Buenos-Ayres*, VIII, 1924, p. 565.
- ASCHEIM. — Adénomyosis utéri gravidi. *Arch f, Gynækol*, CXX, 1923, p. 303.
- H. BALTZER. — Uber des Adénomyom des uterus. *Arch. f, Gynækol*, 138, 278-296, 1929.
- BAZTERRICA. — Un cas d'adénomyome de l'utérus à forme dysménorrhéique. *La Prensa Méd.*, Argentina, 30 décembre 1926.
- BORDON. — Adénome végétant du corps utérin. *Sud Médical et chirurgical* 15 avril 1925.
- P. BOROWSKI. — Ueber maligne Adenomyome des Uterus. *Ztschr. f, Geburt sh. u. Gynk*, 95: 311-328, 1929.
- V. COGLIANDRO. — L'endometrioma sperimentale in rapporto all'adenomioma uterino. *Gazz. Internaz. med. chir*, 39: 117-186, 30 mars 1931.
- Mlle COLOMBANI. — Contribution à l'étude de l'adénome bénin de type résiduel du corps de l'utérus. *Thèse de Paris*, 23 nov. 1926.
- D. CÓN SOLI. — Gli adénomiomi dell'utero e angoli tubarici. *Folia Gynækol*, XIX, 1923-24 p. 189 (5 pl.).

- G. COTTE et E. MARTIN. — Adénomyome du corps utérin. *Lyon Chir.* 27: 623-624, Septembre-oct. 1930.
- J. L. FAURE. — Traité de gynécologie médico-chirurgicale.
- FORGUE et MASSABUAU. — Traité de gynécologie. *Edit.* 1927.
- L. FRANK. — Adénomyoma of the uterus case report *Kentucky Méd. Jour.* XXI, 1923, p. 568.
- C. FRANCKL. — Adénomyosis utéri. *Amer. Jour. Obst. et Gyn.*, X, 1925, p. 680.
- GUILHAUMON. — Contribution à l'étude de l'adénome diffus et bénin du corps de l'utérus. *Gazette des Hôpitaux*, N° 79, 1^{er} octobre 1932, thèse de Montpellier, 1931-1932.
- J. HALBAN. — Zur diagnose der adénomyosis und der adénomyome der gebarmutter. *Zentralbl. f. Gynæk.* 57: 961-963, 29 april 1923.
- W. C. HUNTER et J. C. ADAMS. — Adénomyoma of uterus; clinical and pathologie study. *Northwest Med.* 30: 62-69, feb. 1931.
- R. W. JOHNSTONE. — Adenomyoma of the uterus with tuberculous infection. *Transact. Med. Chir. Soc. Edinburgh.* LXXXIII, 1923-1924, p. 54, 2 pl.
- N. LAPEYRE. — A propos des Adénomes du corps de l'utérus. *Paris Médical*, janvier 1936, n° 2.
- U. LA MONICA. — Alcuni rilievi istologici dimonstranti le fasi di passaggio delle adenoma al cancro del corpo dell'utero. *Policlinico sez chi*, 37, 1-5 janvier 1930.
- C. MENGE. — Adénoma of corpus uteri in ciderly women. *Zentralblatt., f. Gynæk*, 46: 1-5, 7 janvier 1922.
- MEYER. — Sur les glandes, les kystes et les adénomes dans l'épaisseur du muscle utérin chez la femme adulte. *Zeitschrift für Geb. und Gyn-Bd*, XVIII.
- R. MEYER. — Zur Lehre von der Adenomyosis uteri der adenofibrosis péritonealis. *Zeitschrift f. Geburtsh et Gyn.* LXXXIX, 1925, p. 469.
- R. MEYER. — Aeltere und Neuere Gesichtspunkte ueber Adenomyohyperplasia uteri und die extragenitale Fibroadenomatosis. *Zentralbl. f. Gynæk.* XLIX 1925, p. 1170.

- A. MIGLIVANA. — Sugli adenomyomi dell' utero (Folia Gynæk. 27: 479-529, 1930.
- A. MIGLIVACCA. — Ricerche sull'azione dello stroma ghiandolare nell'adenomiozi uterina interna, con speciale riferimento al sistema elastico. *Ztschr, f, Zellforsch. u. mikr. Anat.*, 16: 217-227, 1932.
- K. MOUKAYE. — Adénomes bénins du corps utérin de type décidual. *Gynec. et Obst.* 1921, t. 3.
- P. NATHAN. — Contribution à l'étude de l'adénomyome et de l'adenomyose de la femme. *Paris* 1927.
- J. B. NICHOLS. — Begnin decidual tumors of uterus. *Am. J. M. Sc.* 160 697, novembre 1920.
- L. PUCCIONI. — L'adénoma del corpo uterino. *Riv. Ital. di ginecol* 8 147-190, 1928.
- RECKLINGHAUSEN. — Die adénome und cystadénionie de utérus tubenwanding, *Berlin*, 1890.
- RICHE, GUIBERT, FAYOT, LONJON. — Adenome diffus du corps de l'utérus. *Montpellier medical* n° 18, LXXIV, 15 septembre 1931.
- Adenome diffus du corps de l'utérus. *Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier*, séance du 27 mars 1931.
- R. H. RIGDON. — Adenomyoma (Adenomyosis of Frankl) of utérus with tuberculous infection. *Am. J. Obst et Gynec.*, 25: 902-906, June 1933.
- J. SCHERESCHEWSKY. — Zur Adenomyosis frage (Cystadenomioma subserosum pedunculatum corporis uteri et Adenomyosis externa et interna). *Monatschr. f. Geburts u. Gynæk.*, 87: 389-398, March 1931.
- A. SCHEMECHEL. — Zur Frage der Gutartigkeiet, der Papillome des corpus uteri. *Zentralblatt, f. Gynæk.* 51: 2187, 2190, 20 août X 1927.
- SCHUTZE. — Contribution à l'étude des adénomes diffus du myomètre. *Zeitschrift fus, Géb. und Gyn.* 1907.
- D. M. VAUX. — Adenomyoma of utérus with tuberculous infection. *J. OB et Gynæk. Brit. Emp.* 39: 594-595, 1932,

- M. VIOLET. — Adenomyome diffus du corps utérin. *Soc. Nat. de Médecine et des Sciences Médicales*, séance du 11 juin 1930.
- J. VITRAC. — Adenome papillaire diffus et végétant de la muqueuse utérine. *Gazette hebd. des Sciences médicales de Bordeaux*, 1921 p. 353.
- E. VOET. — Ueber des Adenomyom und die Adenomyosis. *München méd. Woch.* 78. 2943-2047, 27 nov. 1931. *München med. Woch* 78: 2080-2083, 4 déc. 1931.
-

En ma qualité de Censeur de
tour, j'ai lu la Thèse ayant
pour titre :

Contribution à l'Etude de l'Adé-
nome du fond de l'Utérus.

par M. COUDERC

Je pense que la Faculté peut
en permettre l'impression.

Montpellier, le 26 Avril 1937

Le Professeur :

LAPEYRE

Vu :

Montpellier, le 27 Avril 1937

Le Doyen,

EUZIERE.

Vu et permis d'imprimer :

Montpellier le 27 Avril 1937

Le Recteur,

C. TAILLIART.

Serment

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !
